LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Clinique médicale : Péritonite tuberculeuse avec ascite, par M. le Dr Alibert, 465. — **Revue de la presse** : Etude histologique des épanchements hémorrhagiques de la plèvre, 466. — Sur la colique hépatique puerpérale, 467. — **Académie des sciences** : *Séance du 12 juillet* 1897. Présidence de M. A. Chauffard. — Traitement du psoriasis par les injections d'orchitine, 468. — Action physiologique du courant galvanique dans sa période d'état variable de fermeture, 468 — Analyse optique des urines, sucre diabétique thermo-optique positif et négatif, 469. — Troubles trophiques consécutifs à la section du sympathique cervical, 469. — Les éléments centrifuges des racines postérieures médullaires, 470. — Muscle perforé de la main. Son apparition dans la série animale, 471. — **Académie de médecine** : *Séance du 20 juillet* 1897. Présidence de M. Caventou. — Verres isométropes, 471. — De l'ostéoporose progressive, 472. — De la présence habituelle des microbes dans le placenta et du rôle préservateur des thromboses, 472. — Etude sur l'urine normale de l'enfance, 472. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 16 juillet* 1897. Présidence de M. Debove. — Diphtérie, 472. — Intoxication aiguë par le sublimé, 473. — Rachitisme tardif, 473. — **Société de biologie** : *Séance du 10 juillet* 1897. — Lésions chroniques expérimentales du myocarde consécutives à l'intoxication diphtérique, 473. — *Séance du 17 juillet* 1897. — Note sur l'histogénèse des scléroses du myocarde produites par l'intoxication diphtérique expérimentale, 473. — Athérome de l'aorte chez des animaux soumis à l'intoxication diphtérique, 474. — De la main succulente dans la syringomyélie, 474. — **Société de chirurgie** : *Séance 21 juillet.* Présidence de M. E. Delens. — Hystérectomie abdominale totale, 474. — Blessure du nerf radial. Suture du nerf radial. Guérison, 475. — Ostéome de l'orbite. Ablation, 475. — **Memento pratique** : Traitement de l'ozène, 475. — Contre les pustules d'acné, 475. — Préparation contre les morsures des punaises, des puces ou des cousins, 475. — Traitement simple de l'hydrocèle par les injections iodées, précédées d'une anesthésie de la vaginale à l'antipyrine, 475, etc. — **Variétés** : La Faculté de médecine et les étudiants étrangers, par M. G.-M. Debove, 476. — **Intérêts professionnels** : Médecin. Usurpation de fausses qualités ou récompenses. Attribution frauduleuse des titres d'externe, d'interne, 477. — **Nouvelles**, 478.

CLINIQUE MÉDICALE

Péritonite tuberculeuse avec ascite (1),

Par M. le Dr Alibert.

Mlle B..., 33 ans, bonne santé antérieure, pas d'antécédents pathologiques dignes d'être notés, mère morte il y a trois mois, d'une récidive de cancer abdominal. Père vivant, goutteux. Frère plus jeune, bien portant. Depuis quelques semaines, se plaint de troubles digestifs, inappétence, météorisme, alternatives de diarrhée et de constipation ; elle remarque qu'elle maigrit et que ses forces diminuent tandis que son ventre augmente de volume.

Le 2 avril, je vois la malade pour la première fois, fièvre à 38°, ventre balloné, sonore dans toutes les régions, ne donnant à la pression aucune sensation de tumeur ou d'empâtement limité ; pas de frottements, pas de circulation complémentaire des veines de la paroi. L'auscultation et la percussion des poumons paraissent indiquer un léger degré de sclérose des sommets. La malade souffre modérément du ventre, mais n'accuse aucune localisation douloureuse soit spontanée, soit provoquée ; elle a de l'inappétence et des envies de vomir, de la constipation vaincue par des laxatifs ; les urines sont rares, très denses et très colorées; elles ne contiennent pas d'albumine. Je diagnostique une péritonite tuberculeuse. Prescriptions : huile de ricin ; frictions avec un liniment térébenthiné ; sirop diacode le soir.

Le 5 avril, je revois la malade qui continue à avoir de la fièvre ; le ventre, de plus en plus météorisé, reste sonore dans toute son étendue et quelle que soit la position ; les douleurs sont toujours vagues, peu intenses et nullement localisées. La palpation ne permet de percevoir ni tumeur, ni empâtement, ni frottements ; quelques vomissements se sont produits, la constipation persiste, mais est vaincue par des laxatifs ; les garde-robes sont presque toujours liquides, quelques-unes sont très peu abondantes et composées uniquement de mucosités un peu sanguinolentes. Prescription : Potion benzo-naphtol et charbon, continuer les frictions térébenthinées, alimentation lactée.

Le 9 avril, l'état s'aggrave, la fièvre est continue et la température oscille autour de 38° ; amaigrissement, vomissements fréquents, intolérance absolue pour le lait. Mêmes signes du côté de l'abdomen avec exagération du tympanisme qui devient énorme. La malade a rejeté plusieurs fois la potion dont une partie, cependant, a été rendue par les garde-robes, ce qui indique la perméabilité du tube intestinal.

En faisant coucher la malade sur le côté, il semble que la sonorité soit un peu moins marquée dans le flanc déclive, mais ce signe est si peu accentué que nous n'osons pas trop y compter pour conclure à l'existence d'un épanchement dont l'absence de flot et la sonorité très grande dans toutes les parties, paraissent devoir faire écarter l'idée.

Les signes stéthoscopiques du côté de la poitrine ne se modifient pas. Je persiste dans mon diagnostic mal-

(1) Communication faite à la Société médicale du VIIe arrondissement.

gré l'avis du confrère qui voit tous les jours la malade et qui, dès le début, a toujours penché vers le diagnostic d'obstruction intestinale de cause indéterminée. Je prescrivis une potion avec 10 grammes de sené infusés dans du café noir. Onctions mercurielles belladonnées. Boissons glacées, bouillon, champagne. En cas de douleurs plus vives, nous autorisons l'application de glace sur le ventre ; injection sous-cutanée de sulfate de strychnine (1/2 milligramme).

Le 12 avril, je revois la malade avec son médecin habituel, assisté de notre éminent collègue, M. Ferrand et du Dr Michaux, chirurgien des hôpitaux. Les phénomènes précédemment décrits vont en s'accentuant, le ventre est de plus en plus balloné et toujours sonore, pas d'empâtement ni de frottements ; urines de plus en plus rares, vomissements fréquents, selles fréquentes et très minimes (tenesme, expulsion de glaires sanguinolentes). La potion au sené a cependant produit un bon effet purgatif (6 à 8 garde-robes liquides) à la suite duquel il y a eu quelques heures de soulagement, quoique la malade déclare qu'elle ne se sent jamais tout à fait débarrassée. Les signes pulmonaires sont toujours les mêmes, c'est-à-dire très peu accentués.

Le Dr Ferrand, tout en faisant des réserves, croit que le diagnostic de péritonite tuberculeuse est celui qui est le plus acceptable. Le Dr Michaux, au contraire, sans nier la péritonite, ne croit pas qu'on puisse lui attribuer cet énorme tympanisme et croit à une obstruction de cause intra ou extra intestinale. La malade est endormie séance tenante et le Dr Michaux pratique le toucher rectal, qui lui permet de reconnaître que, non seulement le rectum, mais tout le petit bassin, sont libres ; il maintient cependant son opinion et propose de faire, le surlendemain, une laparotomie. Le lendemain, les accidents s'étant aggravés, le Dr Michaux pratique la laparotomie, s'attendant à voir les anses intestinales faire issue à l'extérieur après l'ouverture de la paroi abdominale ; mais à notre grande surprise, c'est un flot de liquide séreux qui s'échappe dès que le péritoine est incisé ; on peut évaluer à 7 ou 8 litres environ la quantité de liquide écoulé. Les éponges avec lesquelles on vide les parties déclives, ramènent à plusieurs reprises de très minces fausses membranes transparentes recouvertes de fines et nombreuses granulations tuberculeuses.

Après la toilette du péritoine, on suture la plaie et l'on panse à l'iodoforme. La malade est rapportée dans son lit, réchauffée avec des boules d'eau chaude, et on lui fait une injection de 300 grammes environ de serum artificiel. Nous la quittons un moment après aussi bien que possible. Le lendemain, la température tombe à 37,8 après être montée la veille à 39,8 ; un lavement au sené amène deux garde-robes abondantes en partie *moulées*. Le lait est de nouveau toléré.

Les jours suivants, la température oscille entre 38 et 39°.

Le 17, le ventre est redevenu balloné et *sonore* comme avant l'opération ; ni les lavements de sené, ni l'huile de ricin pris par la bouche, n'amènent de garde-robes ; dans l'après-midi de ce jour, on enlève les points de suture inférieurs et la plaie laisse échapper environ 2 litres de sérosité claire, la malade se sent soulagée, on laisse un drain dans la plaie et on prescrit des pilules d'extrait de belladone. Pas de garde robe. Température 38,9. Pendant la nuit, vomissements bilieux abondants, pas de garde-robe.

Le 18, prostration, faciès, grippe, grandes irrigations intestinales portées très haut au moyen d'une sonde en gomme, plusieurs garde-robes dans la soirée.

Le 19, la malade se sent soulagée, le drain laisse toujours couler abondamment de la sérosité non purulente. Potion au séné, le soir injection de serum artificiel.

Le 20, quatre garde-robes pendant la nuit, prostration, ballonnement ; lavage de l'estomac qui ramène un abondant liquide verdâtre et soulage la malade.

Le 21, la malade se sent mieux ; nouveau lavage qui amène une moins grande quantité de mucosités verdâtres. Elle urine mieux et supporte le bouillon, le lait et le grog.

Le 22, ventre moins tendu, le drain donne moins de sérosité, pas de vomissements. Etat anxieux, faciès abdominal.

A partir du 23, l'état s'aggrave, la température s'élève par suite de l'infection de la plaie et de la production d'escarres ; le 30, quelques gaz s'échappent par le drain, subdelirium.

Le 2 mai, débâcle intestinale, ventre aplati, souple, sérosité péritonéale un peu mélangée de pus, faciès grippé, amaigrissement extrême.

Du 2 au 6 mai, même état avec augmentation de la faiblesse, bien que la malade s'alimente avec du lait, du bouillon et du grog ; pendant les dernières 48 heures la température, qui avait baissé au-dessous de 38 le 29 et 30 et entre 38 et 39° les jours suivants, remonte au-dessus de 39°, et la malade succombe le 6 mai.

Cette observation nous a paru intéressante par l'existence de certains symptômes qui ont pu rendre le diagnostic incertain avant l'opération, et surtout par la présence d'une grande quantité de liquide méconnu tous les examens.

REVUE DE LA PRESSE

Etude histologique des épanchements hémorrhagiques de la plèvre, par Auché et G. Carrière (*Rev. de Méd.*, n° 3, 10 mars 1897). — L'étude histologique des épanchements hémorrhagiques de la plèvre est encore à faire et les quelques recherches un peu précises que l'on trouve sur ce sujet ont surtout été faites sur des pleurésies cancéreuses.

Les auteurs ont étudié avec grand soin trois cas d'épanchements hémorrhagiques chez des tuberculeux et à la comparaison de leurs examens ils ont tiré les conclusions suivantes :

1° La composition histologique des épanchements pleurétiques hémorrhagiques est des plus variables, aussi bien au point de vue de la quantité de sang épanché qu'au point de vue de la proportion des différents éléments figurés qu'il contient.

2° Le rapport du nombre des globules blancs à celui des globules rouges est très différent de ce qui existe dans le sang normal. Tandis que dans le sang on trouve un globule blanc pour 300 ou 400 hématies, dans la plèvre ce rapport est toujours plus élevé. Il est d'ailleurs excessivement variable, si bien que le nombre des globules blancs peut être légèrement augmenté et atteindre à peu près le nombre des hématies.

3° Les différentes variétés de globules sont entre elles dans des rapports tout aussi variés. Quelquefois ces rapports sont à peu près ceux qu'on observe dans le sang : les leucocytes constituent environ les 3/4 ou les 4/5 des globules blancs et les cellules éosinophiles ne sont guère plus abondantes que dans le sang. Ailleurs ces proportions sont complètement bouleversées : les cellules éosinophiles sont à elles seules plus nombreuses que le reste des globules blancs, et les lymphocytes, grands et surtout petits, sont en plus grande abondance que les leucocytes mononucléés et polynucléés.

4° La quantité des cellules éosinophiles présente des variations considérables : elles peuvent ne pas être plus nombreuses que dans le sang normal; leur chiffre peut dans d'autres cas s'élever au-dessus du chiffre total des autres variétés de globules blancs ou reste dans les limites intermédiaires (1 p. 40 à 50 globules blancs).

5° Ces caractères microscopiques des cellules éosinophiles sont aussi très variables. Quelquefois, elles ont leur aspect normal ; elles sont volumineuses, ont les dimensions d'un leucocyte ordinaire et présentent un noyau contourné ou plusieurs noyaux. D'autres fois elles ont l'aspect de gros lymphocytes dont un segment de l'atmosphère protoplasmique serait farci de granulations éosinophiles très serrées. D'autres fois enfin elles ont les dimensions des petits lymphocytes ; elles ont un seul noyau arrondi, très fortement coloré, entouré d'une très mince couche protoplasmique. Une certaine étendue de cette enveloppe protoplasmique est remplie de grains éosinophiles disposés sous forme d'un segment de sphère ou d'une calotte appliquée sur le noyau. A ce niveau la couche protoplasmique est un peu épaissie ; aussi la cellule est-elle déformée et bombée dans ce point. Les grains éosinophiles sont d'ailleurs en nombre très variable ; tantôt il en existe quelques-uns seulement assemblés sur une étendue restreinte de la cellule ; d'autres fois la moitié ou près de la moitié de sa surface est pavée de grains éosinophiles. Ces différents aspects de cellules éosinophiles peuvent se rencontrer sur le même malade et se présenter avec des degrés de fréquence très divers. Chez tel malade en effet, on ne trouvera que des grosses cellules éosinophiles, chez tel autre les petits éléments éosinophiles seront en majorité.

6° La fréquence des cellules éosinophiles dans l'épanchement peut coïncider avec une grande abondance de ces mêmes éléments dans les crachats et leur augmentation dans le sang de la circulation générale. Les auteurs ignorent encore quelle relation il existe entre ces trois termes, et si l'exagération du nombre des cellules éosinophiles du sang est cause en effet de l'abondance de ces éléments dans l'épanchement, et si la richesse de ce dernier est la résultante ou la cause de la présence de ces cellules dans les crachats.

Les Drs Auché et Carrière n'ont encore pu saisir la raison des différences si grandes qui existent dans la composition histologique des épanchements hémorrhagiques des plèvres. Ils espèrent y arriver et établir, par des recherches ultérieures, l'influence du temps, de la marche de l'épanchement, de la ponction et de la nature de la maladie initiale. E. D.

Sur la colique hépatique puerpérale, par le Dr Liermann (d'après le *Deutsche med. Zeit.*, n° 51-97). — Liermann, dans un travail sur ce sujet, fait remarquer que la colique hépatique puerpérale, bien qu'elle ne soit pas mentionnée dans la plupart des manuels, n'est pas une rareté. La colique hépatique, pendant la période puerpérale, se produit parceque l'écoulement de la bile est de plus en plus retardé par la pression exercée par l'utérus en voie de développement et par suite aussi des conditions défectueuses de la circulation pendant la grossesse. Suivant l'intensité de la compression exercée sur les conduits biliaires et la disposition individuelle, le stase finit par produire de l'ictère ou du sable biliaire. Mais l'accouchement et la décompression abdominale qui en résulte modifient les conditions dans la pression abdominale d'une façon extrêmement rapide. Les conduites biliaires comprimées deviennent de nouveau perméables et la vésicule cherche à se débarrasser des calculs qu'elle contient.

Le diagnostic peut offrir quelques difficultés surtout lorsque l'ictère fait défaut après l'accès et que les symptômes ne sont pas très accusés. Toutefois, il suffit de connaître l'existence de cette complication de la période puérpérale pour la reconnaître.

Le pronostic n'est pas grave, cependant la colique expose ici à toutes les complications habituelles.

Le traitement ne présente rien de particulier. Les injections de morphine, l'huile d'olive par la bouche et en lavements, une nourriture grasse, des cataplasmes chauds sur l'abdomen sont les moyens par lesquels on pourra arrive à écarter une situation qui semble quelquefois critique. L. J.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 12 juillet 1897. — Présidence de M. A. Chatin.

Traitement du psoriasis par les injections d'orchitine. — M. F. Bouffé. *Conclusions.* — 1° L'orchitine, en injections intra-musculaires, à la dose de 10 cc. à 20 cc., tous les deux jours, est le moyen de choix contre le psoriasis.

2° L'action de l'orchitine, tonique sédatif par excellence des centres nerveux, s'exerce directement, d'une façon élective sur les manifestations du psoriasis, qu'il combat avec le plus grand succès et fait disparaître en trois ou quatre mois d'injections environ.

3° Les malades traités par l'orchitine d'abord et les sels de mercure ensuite, suivant les indications, voient leur affection disparaître sans crainte de récidive.

Action physiologique du courant galvanique dans sa période d'état variable de fermeture. — M. Dubois Je me suis proposé de donner une réponse aux questions suivantes :

1° La même contraction musculaire (minima) se montre-t-elle toujours au même *voltage* ou à la même *intensité* ?

2° Quelle est l'influence de la *résistance propre du corps* sur l'action physiologique d'une fermeture de courant?

3° Quel est l'effet du *rhéostat en circuit principal* employé comme moyen de dosage de l'intensité?

Je règle le voltage et l'intensité au moyen du rhéostat en dérivation Je mesure les *volts* à l'aide du condensateur et du galvanomètre balistique, les *milliampères* au moyen de l'électromètre capillaire de Lippmann mis aux bornes d'une résistance partielle de 50 ohms, prise sur le rhéostat en circuit principal. Enfin, connaissant à chaque instant E et I, j'en déduis la résistance du circuit selon $R = \frac{E}{I}$.

Les expériences, dont je ne cite que des exemples, ont été maintes fois répétées et ont toujours donné les mêmes résultats.

Première expérience.

Volts.	Milliampères.	Effet.	Résistance en ohms.
13,58	0,05	Contraction minima	271600
13,58	0,111	»	122340
13,58	0,188	»	72234
13,16	0,300	»	43867
13,16	0,388	»	33917
12,55	0,422	»	29739
12,34	0,874	»	14118

Un coup d'œil jeté sur ces chiffres donne la réponse à mes deux premières questions et démontre :

1° Que l'effet physiologique dépend beaucoup plus du voltage que de l'intensité ;

2° Que la résistance propre du corps, dont dépend nécessairement l'intensité, n'a presque pas d'influence sur l'action physiologique d'une fermeture de courant.

La résistance du corps peut, par l'action du courant lui-même, tomber de 271.600 à 72.234, entraînant une élévation de l'intensité de 0,05 à 0,188 sans qu'on puisse baisser le voltage. Il faut, artificiellement, par l'application de courants plus forts, abaisser encore plus la résistance pour obtenir la contraction minima à 13.16, 12.55 et enfin 12.34 volts.

Passons à la troisième question : Quel est l'effet du rhéostat en circuit principal?

Le tableau suivant montre nettement l'effet de résistances rhéostatiques surnuméraires.

Deuxième expérience.

Résistance du corps.	Résistance rhéostatique.	Résistance totale.	Volts.	Milliampères.	Effet physiologique.
68.472	0	68.472	9,86	0,144	Contraction.
63.512	100	63,612	9,86	0,155	Pas de contraction !
48.572	100	48.672	10 27	0,211	Contraction.
48 372	300	48.672	10,27	0,211	Pas de contraction!
42.650	300	42.950	10,48	0,244	Contraction.
38.898	500	39.398	10,48	0,266	Pas de contraction!

Cette expérience démontre :

Que des résistances rhéostatiques, intercalées dans le circuit principal, abolissent l'effet physiologique d'une fermeture de courant, alors même que ces résistances sont, par leur valeur ohmique, absolument négligeables vis-à-vis de la résistance du corps. L'addition de 100 ohms, 200 ohms au rhéostat peut supprimer la contraction alors même que, par diminution de la résistance cutanée, l'intensité s'est accrue.

J'ajoute que de nombreuses expériences, toutes concordantes, ont montré que cet effet affaiblissant de résistances additionnelles n'est pas spécial aux rhéostats métalliques ; on retrouve les mêmes faits avec un rhéostat liquide impolarisable, avec un rhéostat de kaolin et de graphite, avec une résistance constituée par un trait au crayon sur verre dépoli.

L'intercalation d'un solénoïde a un effet plus marqué encore que celle d'un rhéostat de même valeur ohmique, mais la différence n'est pas très grande.

J'en conclus que les résistances dites *non-inductives* ont encore un coefficient de self induction considérable, capable d'annuler l'effet physiologique, non seulement quand l'intensité reste la même, mais encore lorsqu'elle devient plus grande.

Admettant que la self-induction du rhéostat prolonge la période d'état variable, j'ai cherché à la raccourcir par l'insertion d'un condensateur aux bornes de la résistance rhéostatique additionnelle.

L'expérience a immédiatement confirmé l'exactitude de ces vues. Rien n'est plus facile que de ramener, par l'interposition d'une clef au condensateur, la contraction musculaire abolie par la suppression d'une clef au rhéostat. Cet effet antagoniste de capacités et de résistances soi-disant non-inductives est des plus nets, comme le montrent les quelques chiffres suivants :

Troisième expérience.

Voltage.	Milliampères.	Résistance supprimant la contraction.	Capacité ramenant la contraction.
		ohms	microf
11,52	0,511	200	0,06
9,05	0,600	100	0,9
9,46	0,437	100	0,7
9,87	0,425	200	0,15
10,69	0,450	200	0,12

J'ai été plus loin encore. J'ai supprimé par 600 ohms de

éostat la contraction produite par 27,98 volts et 1,42 milmpère, et je l'ai ramenée par 0.0045 microfarad.

L'interposition d'une grande capacité, de 1 microfarad, ramène pas seulement la contraction minima ; elle supime tout effet affaiblissant d'une résistance interposée ; contraction devient aussi forte que si, sous le même volge, la résistance de corps était seule interposée.

Toutes les résistances rhéostatiques, dites *non inductives*, nt donc un coefficient de self-induction que l'interposition une capacité peut annuler.

L'effet physiologique (contraction musculaire) dépend de en fonctions de R*a*, résistance apparente de self-induction.

Le corps a une grande résistance ohmique, mais une résistance apparente presque négligeable : c'est pourquoi effet physiologique doit se mesurer au *voltmètre* et non u *galvanomètre*.

Analyse optique des urines, sucre diabétique thermoptique positif et négatif. — M. Frédéric Landolph *Sucre iermo-optique positif ou sucre diabétique proprement dit.* uand on est en présence d'une urine franchement diabéque, la fermentation s'effectue avec une rapidité extraorinaire; elle est terminée en bonne partie déjà au bout de ingt minutes à une demi-heure, et cela à la température rdinaire de 15° et même à des températures plus basses ncore. C'est la caractéristique du sucre diabétique par xcellence. Son pouvoir réducteur est le double de celui du ucre de raisin, en sorte que 100 gr. de sucre diabétique orrespondent, non pas à 220 gr. 5, mais en réalité à 441 gr. 'oxyde de cuivre.

Le sucre diabétique est thermo-optique positif, comme le ucre commercial, c'est-à dire que, lorsque l'urine qui le ontient est examinée au polaristrobomètre à la température ordinaire et réexaminée une autre fois après avoir ubi l'ébullition, le pouvoir optique a augmenté un peu et ouvent même de plusieurs degrés. La quantité de sucre les urines réellement diabétiques correspondant à la fermentation, est généralement d'accord avec la quantité indiquée par le polaristrobomètre. En dosant, dès lors, le ucre dans les urines d'après le procédé de Fehling seulement, la quantité obtenue en est de beaucoup trop élevée, t d'autant plus élevée que le sucre diabétique est plus prédominant sur le sucre thermo-optique négatif qui l'accompagne toujours et dont le pouvoir réducteur seul se rapproche de celui du sucre de raisin.

Je propose donc d'abandonner le dosage du sucre dans les urines par la solution de Fehling : d'abord, parce que ce dosage n'est jamais exact, puisque la fin de la réaction n'est basée que sur des appréciations calorimétriques; ensuite, parce qu'il y a un bon nombre d'urines qui réduisent beaucoup, sans renfermer pour cela du sucre, qu'il y en a même qui ne réduisent pas sensiblement et qui pourtant en contiennent une quantité notable, et avant tout parce que ce dosage part du principe faux, que le sucre diabétique doit réduire au même degré que le sucre de raisin.

Pour les coefficients de réduction, il faut observer exactement la température d'introduction de réaction, laquelle, pour quelques rares urines, se trouve déjà un peu au-dessus de 50°, pour les urines diabétiques entre 71° et 76° et pour les urines normales à 100°, après une durée d'une à quatre minutes d'ébulition.

L'hydrate de protoxyde de cuivre obtenu par le sucre diabétique est jaunâtre, pâteux et assez léger, tandis que l'anhydride de protoxyde de cuivre obtenu par le sucre de raisin, le sucre commercial, l'acide urique, l'urate de soude, l'urée, etc., est rouge vif ou rouge foncé, sablonneux et lourd. Ce protoxyde rouge s'obtient aussi quelquefois sur des urines diabétiques ayant subi certaines transformations. Le sucre diabétique est très stable et souvent même reste intact encore au bout de plusieurs mois.

Sucre thermo-optique négatif. — Le sucre diabétique est toujours accompagné d'une certaine quantité de sucre thermo-optique négatif, se comportant comme le sucre de raisin et perdant par l'ébullition, en partie ou en totalité, son pouvoir rotatoire positif. Ce sucre fermente beaucoup plus lentement que le sucre diabétique, n'est pas identique avec le sucre de raisin et précède généralement le diabète. Souvent j'ai examiné des urines déviant à droite de plusieurs degrés, fournissant à la fermentation la quantité d'acide carbonique correspondant au sucre indiqué par le polaristrobomètre, mais qui, portées à l'ébullition, perdent leur pouvoir optique dextrogyre complètement, ne donnant alors que la déviation normale lévoygre, due surtout à l'acide urique libre et aux urates.

Troubles trophiques consécutifs à la section du sympathique cervical. — M. J.-P. Morat et M. Doyon. L'un de nous, dans une communication antérieure, a signalé les déviations nutritives qui, après la section des racines postérieures, surviennent dans le membre correspondant, et insisté sur leur ressemblance avec les lésions analogues observées cliniquement dans nombre d'affections du système nerveux (1). On sait, d'autre part, combien il est facile de provoquer des troubles trophiques du même genre dans le champ de distribution du trijumeau (notamment dans le globe oculaire) en coupant ce nerf dans le crâne par le procédé de Magendie. Du reste, qu'il s'agisse du trijumeau ou des racines médullaires, les mêmes explications ont été proposées pour éclairer la pathogénie de ces lésions, et les mêmes objections soulevées, en raison de l'étroite ressemblance qui existe entre ces nerfs. Nous répétons que ces troubles trophiques ne doivent pas être imputés à l'interruption ou à la paralysie des fibres sensitives qui forment la majeure partie de ces troncs nerveux, mais à des éléments centrifuges qui sont mélangés avec celles-ci et sortent du myélaxe par cette voie en apparence paradoxale.

La section du sympathique cervical (en plus des phénomènes oculo-pupillaires et vaso-moteurs auxquels elle donne lieu) est parfois suivie dans la région faciale, dite le *globe oculaire*, d'altérations locales de la nutrition tout à fait semblables à celles qui relèvent de la section du trijumeau. A la vérité, ces désordres ne peuvent pas être provoqués, en coupant le sympathique, presque à coup sûr comme il arrive pour la cinquième paire. En conservant les animaux opérés plusieurs semaines et en les examinant attentivement on a chance de les rencontrer. C'est ainsi que nous avons observé les lésions suivantes, ou ensemble ou isolément : dépoli de la cornée, déformation de la paupière, chute de cils, ulcération du bord de la lèvre inférieure, œdème douloureux de cette lèvre, et, tout récemment, sur un lapin, cataracte molle avec adhérence de l'iris.

La clinique a recueilli, de son côté, un certain nombre

(1) J.-P. Morat, *Troubles trophiques consécutifs à la section des racines postérieures médullaires* (V. *France médicale*, n° 23, p. 356).

d'observations dans lesquelles les déviations trophiques de la face sont rapportées à des lésions, tantôt du trijumeau, tantôt du sympathique cervical.

Les observateurs tendent naturellement à opposer mutuellement ces deux ordres de faits qui sont en faveur, les uns de l'action du premier, les autres de celle du second de ces nerfs, quand ils ne concluent pas à un partage entre eux deux. Cette opposition ou ce partage d'attribution, nous les retrouvons du reste dans l'exercice de toutes les fonctions (oculo-pupillaires, sécrétoires, vaso-motrices) ressortissant au grand sympathique. Quant à la ressemblance fonctionnelle qui est impliquée par là entre deux nerfs si dissemblables, elle a de quoi surprendre au premier abord ; mais elle s'explique facilement si, au lieu d'attribuer ces fonctions en bloc aux groupements conçus pour la commodité de l'anatomie descriptive, nous rapportons celles-ci individuellement aux éléments constituants de ces troncs nerveux, quittes à rapprocher idéalement ceux de ces éléments qui ont des fonctions identiques ou analogues pour en faire les véritables systèmes et sous-systèmes en lesquels se repartage le tissu nerveux.

En fondant les divisions de celui-ci sur cette base, la seule légitime et rationnelle, on peut dire que *toutes les altérations névrotrophiques sont sous la dépendance du système nerveux moteur ganglionnaire, autrement dit du système sympathique.*

Le trijumeau, comme tous les nerfs cutanés, contient des éléments ganglionnaires dans ses branches de distribution, mais il les reçoit de deux sources distinctes et éloignées l'une de l'autre. De ces sources, l'une est dans la moelle épinière laquelle par l'intermédiaire des cinq ou six premières racines dorsales (antérieures et probablement postérieures) et par les rameaux communiquants correspondants fournit les origines du sympathique cervico-cranien ; celui-ci rejoint la cinquième paire par une anatomie directe étendue entre le ganglion cervical supérieur et le ganglion de Gasser L'autre est dans le bulbe rachidien qui est un lieu d'origine important pour les nerfs ganglionnaires, et le trijumeau en reçoit de lui qui suivent directement ses racines originelles pour aller se mélanger aux précédentes.

Une section faite sur la chaîne sympathique cervicale ne supprime donc qu'une portion des éléments ganglionnaires du trijumeau, d'où l'absence ou l'atténuation habituelle des troubles trophiques dans ce cas. Une section des origines du trijumeau faite en amont du ganglion de Gasser n'aura elle-même que des effets atténués ou nuls, comme paraît l'avoir vu Magendie. Mais une section faite sur le ganglion de Gasser, ou un peu en avant, aura chance de supprimer les deux sources à la fois, d'où l'effet toujours plus rapide et plus complet des sections pratiquées à ce niveau, et cela sans que le ganglion lui-même y soit pour rien, comme l'a vu Cl. Bernard.

Indépendamment de ces attributions fonctionnelles qu'il convenait de préciser, ces légions dégénératives qu'on produit à distance, en agissant sur des nerfs, ont encore un grand intérêt en ce qu'elles nous désignent le système nerveux dans son ensemble et le système ganglionnaire en particulier comme un intermédiaire possible et peut-être trop souvent oublié entre certaines lésions plus ou moins semblables et les causes diathésiques, toxiques ou banales auxquelles on les rapporte souvent.

Dans toutes nos expériences, les interventions sur le système nerveux ont consisté en sections faites aussi nettement que possible, équivalant, par conséquent, à de paralysies des fibres coupées. Est-on autorisé à dire que l'excitation des nerfs n'est pour rien dans les effets produits ? Nous ne le pensons pas. Quelque soin qu'on apporte à l'opération, elle peut être suivie d'effets secondaires de nature inflammatoire, dégénérative ou même régénérative des éléments coupés qui peuvent y entretenir un certain degré d'irritation. Mais, même si l'on élimine cette supposition, il faut se rappeler que le système ganglionnaire est un système double (Dastre et Morat), c'est-à-dire composé d'éléments, les uns excitateurs de la fonction et les autres inhibiteurs de cette même fonction, et que la paralysie de ces derniers équivaut, en somme, à l'excitation des premiers. Une section faite sur un ensemble d'éléments ainsi antagonistes a pour effet de le déséquilibrer, et cette perte de son équilibre se traduit par des effets multiples, parmi lesquels, au bout d'un certain temps, intervient un désordre de la nutrition : c'est tout ce que nous en pouvons dire.

Les éléments centrifuges des racines postérieures médullaires. — MM. J.-P. Morat et C. Bonne. La présence d'éléments nerveux centrifuges dans les racines postérieures peut se démontrer de plusieurs façons : 1° par l'excitation du bout centrifuge de ces racines coupées sur l'animal vivant, laquelle détermine des effets vaso-moteurs dans le membre correspondant, méthode essentiellement physiologique ; 2° par l'examen direct de préparations microscopiques sur lesquelles on suit *de visu* les fibres émanées des cellules de la substance grise, qui s'engagent dans les racines postérieures, méthode exclusivement anatomique ; 3° par l'étude de la dégénération secondaire qui frappe ces éléments un certain temps après leur section, méthode mixte, à la fois anatomique et physiologique.

L'un de nous, dans un travail antérieur (1), a fait connaître les modifications de l'excitabilité que présentent quelque temps après leur section, les racines postérieures excitées périphériquement. Ces modifications sont en accord avec l'existence de fibres centrifuges appartenant à ces racines et ayant leurs centres trophiques dans la moelle épinière. La présente note vise spécialement les altérations observées à l'autopsie sur les racines sectionnées. Celles-ci étaient, en général, la sixième et la septième lombaire et la première sacrée. L'interruption portait sur la racine postérieure de chacune de ces paires d'un côté de la moelle immédiatement en dehors de la dure-mère rachidienne (section franche avec des ciseaux). Toutes nos expériences ont été faites sur le chien.

Les animaux ont été sacrifiés, huit, trente, quarante-deux, soixante-quatre, quatre-vingt et cent six jours après la première opération. Les racines postérieures et antérieures étaient recueillies, soit en dedans, soit en dehors de la dure-mère, et divisées dans le sens de leur longueur en plusieurs tronçons pour être examinées histologiquement en suivant diverses méthodes Les tronçons, comprenant l'un le ganglion, l'autre la cicatrice, étaient débités en séries suivant des plans longitudinaux passant par les deux racines maintenues accolées, après fixation par l'acide osmique au 1/100, ou par le liquide de Flemming fort, puis les coupes colorées à la safranine; les autres tronçons, pri

(1) J.-P. Morat, *Les origines des nerfs vaso-dilatateurs : leurs centres trophiques.* (V. *France médicale*, n° 20, p. 310.)

soit en dedans, soit en dehors de la dure-mère, étaient réservés pour la dissociation après séjour dans l'acide osmique pendant vingt-quatre heures.

Le bout supérieur (médullaire) des racines postérieures ainsi coupées contient constamment un petit nombre de fibres saines au milieu d'un très grand nombre de fibres dégénérées; le bout inférieur (ganglionnaire) contient inversement un petit nombre de fibres dégénérées au milieu d'un grand nombre de fibres saines.

Le contraste entre les fibres dégénérées et les fibres saines est très net à partir du huitième jour après la section; il l'est encore après le trentième et le quarantième jour; mais ensuite il s'établit, soit dans le bout ganglionnaire, soit dans le bout médullaire, un travail de *dégénération* des éléments sectionnés qui rend de plus en plus difficile le partage qu'on se propose de faire entre les éléments centripètes et centrifuges. Ces derniers sont normalement (c'est-à-dire en dehors du cas de dégénération) des fibres d'un diamètre moyen ou petit. Nous les avons suivis jusque dans l'intérieur du ganglion, nous réservant d'étudier ultérieurement leur trajet dans les nerfs de la périphérie.

De ces faits nous sommes autorisés à conclure que *les centres trophiques* ou *corps cellulaires de cette classe d'éléments contenus dans la racine postérieure*, côte à côte avec les fibres sensitives, *sont dans la moelle épinière* et, en nous reportant à ce que nous savons de la place ordinaire de ces centres par rapport à l'origine des nerfs moteurs, *nous devons les considérer légitimement comme des éléments centrifuges.* L'examen critique le plus minutieux de nos préparations aussi bien que des conditions de l'expérience ne nous permet pas d'attribuer la dégénération des fibres trouvées altérées dans le bout ganglionnaire à aucune complication survenue en dehors de la section elle-même. Il y a du reste accord entre les preuves tirées de la physiologie et celles tirées de la méthode dégénérative.

Remarquons seulement que si la méthode physiologique précise la fonction (vaso-motrice) de certaines de ces fibres, nous ne sommes pas autorisés à attribuer cette seule et unique fonction à toutes les fibres que les méthodes anatomiques désignent comme centrifuges, car malgré leur petit nombre elles peuvent assumer des fonctions diverses que l'expérimentation physiologique pourra distinguer et déterminer dans l'avenir.

Au point de vue de la morphologie générale, la présence d'éléments centrifuges dans les racines postérieures paraît une dérogation à la loi si simple et si généralement admise que Ch. Bell avait soupçonnée et Magendie démontrée; mais cette dérogation n'est peut être qu'apparente. La loi de Magendie ne s'applique qu'aux nerfs connus de son temps, les uns moteurs volontaires et les autres sensitifs conscients. Les éléments centrifuges des racines postérieures ne sont nullement équivalents des premiers; l'expérimentation physiologique nous les désigne d'ores et déjà comme des *nerfs moteurs ganglionnaires* et, à la place où nous les examinons (dans les racines médullaires), ils représentent non des nerfs agissant directement sur les tissus, mais des *fibres de projection étendues de la moelle épinière aux noyaux moteurs ganglionnaires du système grand sympathique.* A ce titre ils peuvent émaner de la moelle, soit par les racines postérieures, soit par les racines antérieures, comme nous le montre l'expérimentation physiologique, au moins en ce qui concerne les vaso-moteurs.

Muscle perforé de la main. Son apparition dans la série animale. — M. A. Perrin. La myologie du membre postérieur des Batraciens et des Sauriens m'avait montré que le muscle perforé apparaît assez tard dans la série animale. L'étude du membre antérieur, en confirmant ce résultat, donne des indications assez précises sur le mode de formation de ce muscle.

Chez les Batraciens, on trouve une couche profonde de fléchisseurs constituée par de très petits muscles, dont les uns vont des métacarpiens aux phalanges basilaires, et les autres d'un segment au segment suivant des doigts. Plus superficiellement est un muscle très développé, qui a ses insertions proximales à l'humérus, au cubitus et au carpe et dont les faisceaux musculaires ou les tendons aboutissent aux différents segments des doigts.

Chez les Sauriens, la couche profonde des très courts fléchisseurs fait défaut. On trouve le muscle qui correspond à la couche superficielle des Batraciens et qui est son homologue, mais on voit apparaître un muscle superficiel, qui n'a pas d'homologue chez les Batraciens. Par suite de sa position, les tendons de ce muscle ne peuvent atteindre les segments qu'ils doivent fléchir qu'en se divisant en deux branches, qui entourent les tendons du muscle sous-jacent. De là un muscle perforant et un muscle perforé.

Ce muscle, perforé à l'origine, a dû être très court : c'est ce que montre la main de l'*Hatteria* ou de l'*Uromastix*, où il naît d'un tendon transversal allant du radial au pisiforme. Chez d'autres Sauriens, il présente un long ventre, qui n'est généralement pas décrit. C'est ainsi que, chez le *Varanus* et le *Lacerta*, le muscle naît de l'humérus et vient aboutir au tendon transversal, qui a été décrit chez les autres Sauriens. C'est cette disposition que présente le muscle homologue du pied des Sauriens.

Cette disposition est encore défectueuse, car le long ventre, par ses relations avec le carpe, joue un faible rôle dans la flexion des doigts. Aussi, chez l'homme, le perforé deviendra complètement indépendant des os du carpe.

La disposition primitive que le perforé présente chez certains Sauriens, au membre antérieur seulement, tendrait à démontrer que le membre antérieur a une structure plus primitive que le membre postérieur. La présence, dans la main des Sauriens, de certains homologues à ceux des Urodèles, muscles que l'on trouve moins nombreux dans le pied des mêmes reptiles, vient encore apporter un nouvel argument en faveur de cette manière de voir.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 juillet 1897. — Présidence de M. Caventou.

La correspondance comprend une lettre de M. le Dr Bertrand, correspondant de l'Académie à Toulon, relative à la communication faite dans la dernière séance par M. V. Berger sur les abcès du foie.

Verres isométropes. — M. Javal présente de la part de MM. Druault et Tscherning un travail sur lequel il fera ultérieurement un rapport et dans lequel ces auteurs concluent que les verres isométropes ne présentent aucun avantage sur les verres employés jusqu'à présent et qu'ils sont inférieurs à ceux-ci quant à l'aberration chromatique, au moins tant qu'il s'agit de verres convexes.

De l'ostéoporose progressive. — M. Debove. On trouve dans les auteurs, décrits sous le nom d'ostéomalacie, une partie des faits que je désire soumettre à l'Académie. Ces faits ressemblent à un certain nombre des faits rapportés par Charcot et Vulpian sous le nom d'ostéromalacie sénile. Seulement ce n'est pas de l'ostéomalacie, c'est de l'ostéoporose, d'autre part ce n'est pas une affection sénile. Cette maladie est progressive, elle survient par crise. Elle a été décrite sous le nom d'ostéomalacie, parceque les sujets sont extrêmement déformés.

Une Ire observation concerne une femme âgée de 63 ans, chez laquelle les accidents ont débuté un peu avant le ménopause. Le sujet de la IIe observation est une femme de 54 ans qui a commencé à être malade à l'âge de 41 ans ; la maladie a marché par périodes. L'observation III concerne une femme de 45 ans, qui a eu ses premières déformations à l'âge de 7 ans.

J'ai pu faire l'autopsie des deux dernières malades. L'étude microscopique n'a permis de constater aucune autre chose qu'une porosité beaucoup plus grande des os. La composition chimique des os n'était en rien altérée.

Il s'agit d'une porosité plus grande du tissu osseux, se présentant chez la femme, survenant avant la ménopause, progressant par crises, avec des douleurs très vives. Dans ces deux dernières observations, la mort a été causée par la dyspnée due aux déformations du thorax.

Sérothérapie chez le cheval. — M. Nocard. A la fin de l'an dernier, j'ai communiqué à l'Académie les résultats que j'avais obtenus par les injections de sérum contre le tétanos : si la dose de toxine absorbée au moment où l'on commence le traitement est déjà suffisante pour tuer le malade, les injections de sérum ne donneront rien. Une annonce faite en Allemagne fait croire qu'un sérum préparé par Behring aurait une action curative contre le tétanos même déclaré. Le nombre de succès obtenus n'atteint pas la moitié du nombre des cas traités, encore ne connaît-on pas tous les insuccès. Les résultats de la pratique ne confirment donc pas les prévisions du journal allemand.

M. Nocard conclut que le traitement curatif du tétanos est encore à trouver. Le sérum antitétanique paraît cependant utile en diminuant la douleur occasionnée par les crises et la durée de la convalescence quand les malades guérissent.

De la présence habituelle des microbes dans le placenta et du rôle préservateur des thromboses. — M. X. Delore (de Lyon) veut faire connaître le résultat de ses recherches sur la présence des microbes dans le placenta. Dans un nombre considérable d'examens, il a trouvé de très nombreuses thromboses sous le chorion. Or, quand il y a thrombose, il y a infection. Beaucoup de placentas renferment des microbes qui sont là en dépôt. M. Delore n'a pas rencontré un seul placenta qui n'eut pas de thrombose.

Au point de vue bactériologique, les faits ont confirmé les prévisions. Dans presque tous les cas de thrombose, M. Delore a trouvé des microbes, des microcoques, des diplocoques, des streptocoques, même quand l'accouchement et les suites de couches étaient absolument normaux.

Ces thromboses sont non pas rouges, mais blanches, elles sont pariétales, c'est-à-dire que le sang peut circuler au centre.

M. Charpentier. Cette question est nouvelle, mais M. Delore semble dire que la thrombose existe continuellement et qu'elle est toujours une sorte de barrière formée par la nature contre l'infection. Ces thromboses ne sont pas de nature infectieuse, elles sont d'origine physiologique.

M. Delore. Au début de mes recherches, les histologistes et les bactériologistes de ma région me disaient : les microbes, il a dû y en avoir, mais ils ont disparu. Les microbes disparaissent, c'est leur rôle, mais leurs traces persistent, les thromboses qu'ils ont provoquées persistent. Dans les thromboses récentes, on les retrouve.

Etude sur l'urine normale de l'enfance. — M. L. Monfet lit en son nom et au nom de M. le Dr Carron de la Carrière, un travail sur ce sujet.

Les résultats qu'ils ont obtenus leur permettent d'arriver aux conclusions suivantes :

Chez l'enfant tous les phénomènes vitaux sont incomparablement plus actifs que chez l'adulte. L'élimination par la voie rénale des éléments azotés et non seulement plus active que chez l'adulte, mais encore elle est plus parfaite. La cellule infantile est plus fortement minéralisée que celle de l'adulte. Les chiffres classiques de la composition de l'urine normale de l'adulte ne sont pas applicables à l'enfant.

— A 4 h. 15, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de M. Bucquoy sur les candidats au titre de correspondant étranger.

Les candidats seront présentés dans l'ordre suivant : en 1re ligne M. Maurice Bénédickt (de Vienne), en 2e ligne M. Petrini (de Galatz), en 3e ligne M. Barella (de Bruxelles), en 4e ligne M. de Mierzejewsky (de Saint-Pétersbourg), en 5e ligne M. Patrick Manson (de Londres).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 16 juillet 1897. — Présidence de M. Debove.

Diphtérie. — M. Sevestre. La communication de M. Lemoine sur la diphtérie soulève un certain nombre de questions.

Ses recherches sur la virulence du bacille dans ses rapports avec les formes cliniques de la diphtérie sont intéressantes, mais je ne pense pas qu'elles nous donnent, sur cette question capitale, la solution définitive. Elles sont passibles de quelques critiques en ce sens que bien des observations sont incomplètes au point de vue clinique et même bactériologique, car M. Lemoine n'a pas fait suffisamment ressortir le rôle joué par les microbes associés au bacille de Löffler.

J'ai déjà montré que l'association du bacille de la diphtérie et du streptocoque, que la strepto-diphtérie était fréquente et aggravait le pronostic. Mais il importe de s'entendre sur ce terme de strepto-diphtérie.

Le seul fait de trouver dans la gorge d'un diphtéritique quelques streptocoques ne veut pas dire que ce malade est atteint d'une strepto-diphtérie. Presque toutes les gorges, en effet, contiennent des streptocoques. On ne doit admettre la strepto-diphtérie que lorsque, après ensemencement de la fausse membrane sur sérum, il pousse, après vingt-quatre heures à l'étuve, une quantité notable de colonies de streptocoques coïncidant avec les colonies de bacilles de Löffler. En outre, si l'on fait avec certaines précautions un

ien direct de la fausse membrane, on trouvera dans le
le strepto-diphtérie des streptocoques plus ou moins
breux, parfois même assez abondants pour masquer le
le, alors que dans les cas de diphtérie pure le bacille
e seul. D'ailleurs, au point de vue clinique, la strepto-
térie se révèle par des caractères précis que M. Barbier
en mis en lumière.
n ce qui concerne le bacille court je pense qu'il n'est
toujours en rapport avec la dipthérie vraie ou que du
ns il représente une forme atténuée.
Lemoine, au cours de son travail, a soulevé la ques-
du diagnostic de la diphtérie et a cherché à établir un
llèle entre l'examen clinique et l'examen bactériolo-
ic en accordant la préférence à l'examen clinique. Je ne
prends pas bien cette distinction ; la clinique, telle que
s la pratiquons aujourd'hui, utilise en effet plusieurs
hodes d'examen qui toutes peuvent concourir à établir
iagnostic et dont aucune n'est indifférente. L'examen
ériologique fait partie de la clinique.
ntoxication aiguë par le sublimé. — M. G. Poix (du
s). Une femme de vingt-neuf ans absorba par erreur
aleur d'un verre ordinaire d'une solution de sublimé à
500. Elle ne tarda pas à présenter des symptômes
ydrargyrisme aigu très accentués : ptyalisme, fétidité
'haleine, saveur métallique de la salive, vomissements
ord muqueux puis bilieux, selles fréquentes contenant
mucosités sanguinolentes, ralentissement considérable
ouls, abaissement léger de la température. — Sous l'in-
nce d'injections de sérum artificiel par la voie sous-
née, et grâce à l'emploi du sulfate de spartéine, l'état
éral commence à s'améliorer à partir du quatrième
, les selles sanglantes disparaissent, le pouls revient
gressivement à la normale, les douleurs abdominales
ténuent et au huitième jour la malade commence à se
er.
ette observation montre combien le coefficient de toxi-
des sels mercuriels est mal déterminé : on admet géné-
ment, en effet, que le sublimé commence à être vrai-
nt toxique à la dose de 15 centigrammes. Il convient de
minuer ce chiffre, car la malade n'a pas ingéré plus de
centigrammes, et elle a cependant présenté des accidents
ves.
l ne s'est produit à aucun moment de l'hyperthermie ;
qui démontre une fois de plus que la soi-disant *fièvre
curique*, considérée autrefois comme constante dans
ydrargyrisme, n'est pas due au poison, mais est le résul-
d'infections secondaires, dont la porte d'entrée est
stituée par les lésions buccales et pharyngées, absentes
ez notre malade.
Dans la plupart des cas d'hydrargyrisme aigu, la cause
l'empoisonnement est due à l'ingestion de solutions
res destinées à des injections vaginales Aussi est-il
férable de prescrire les paquets de sublimé tartrique de
cadémie ; cette pratique est aussi commode, et si elle est
ins économique, elle est en revanche moins dangereuse.
Rachitisme tardif. — MM. Hutinel et Auscher présentent
ux sœurs, âgées l'une de dix-neuf ans, l'autre de qua-
ze ans et demi, atteintes de *rachitisme tardif*.
M. Queyrat présente deux malades, le mari et la femme,
eints d'une *tuberculose pulmonaire coexistant avec un
bonpoint considérable*.
M. Henri Petit rapporte l'observation d'un malade atteint
ectopie cardiaque consécutive a une pleurésie droite.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 10 juillet 1897.

Lésions chroniques expérimentales du myocarde consécutives à l'intoxication diphtérique. — MM. Mollard et Regaud (de Lyon) ont établi (*Ann. de l'Institut Pasteur*, février 1897) que les lésions du myocarde déterminées constamment chez les animaux par les injections de toxine diphtérique portent surtout et primitivement sur les fibres musculaires. Les modifications du milieu conjonctif, dont la principale est la leucocytose, sont secondaires et ont un but réparateur.

Lorsque les animaux (lapins) ont résisté à l'intoxication, on observe (un an environ après la fin de l'intoxication) les lésions suivantes : à l'autopsie, la consistance du myocarde est augmentée, à l'œil nu on voit de petits foyers de sclérose, et quelques plaques laiteuses épicardiques ; parfois il y a aussi de la sclérose rénale. Les lésions microscopiques portent sur les fibres musculaires et sur le milieu vasculo-conjonctif. 1) Les lésions des fibres sont très marquées ; elles sont surtout intenses dans la cloison interventriculaire, les piliers, les zones sous-jacentes à l'endocarde et au péricarde. La striation transversale est généralement bien conservée, mais, par contre, le nombre des cylindres contractiles est plus ou moins diminué, d'où résultent l'hyperplasmie et une apparence de vascularisation. Il n'y a jamais, du moins chez l'adulte, de signes de multiplication des noyaux. — *B*) La *sclérose* anormale est abondamment répartie, soit en plaques bien limitées, soit en travées dissociant les fibres. Le tissu conjonctif néoformé tient manifestement la place de fibres cardiaques disparues.

La lenteur d'évolution de ces lésions est remarquable ; elle se fait soit dans le sens d'une *restiutio ad integrum* qui ne s'étend jamais sans doute à toutes les fibres malades, soit dans le sens d'une *cicatrice*.

Il n'y avait, pendant la vie, aucun trouble du rythme cardiaque.

Séance du 17 juillet 1897.

Note sur l'histogénèse des scléroses du myocarde produites par l'intoxication diphtérique expérimentale. — MM. J. Mollard et Cl. Regaud (de Lyon). Les expériences de Charrin (toxine pyocyanique) et les nôtres (toxine diphtérique) démontrent que la sclérose du myocarde peut succéder à des intoxications microbiennes.

En ce qui concerne la provenance des éléments (cellules fixes et substance fondamentale) du tissu conjonctif néoformé, nous pensons que la prolifération des cellules fixes préexistantes et la transformation de certaines cellules migratrices en cellules fixes sont vraisemblables, mais très difficiles à constater. Les cellules musculaires cardiaques ne se multiplient pas et jouent un rôle passif. Au début de la formation des plaques et des traînées de sclérose, il se fait dans le territoire malade une poussée vasoformative intense ; plus tard, quand le tissu fibreux est constitué, les vaisseaux se raréfient. Les capillaires sanguins néoformés jouent certainement un rôle important dans l'édification du tissu conjonctif.

Relativement aux causes de la sclérose, il importe de remarquer que pendant un certain temps la myocardite est exclusivement parenchymateuse ; on ne peut donc pas

admettre que la sclérose soit le résultat de l'inflammation primitive du tissu conjonctif. La théorie de la sclérose dystrophique n'est pas davantage acceptable dans ce cas particulier à cause de l'absence de la distribution systématique du tissu fibreux à la périphérie des territoires artériels, et de la poussée vasoformative signalée plus haut.

Il est au contraire conforme aux faits d'admettre la nature *cicatricielle* de cette sclérose myocardique.

Athérome de l'aorte chez des animaux soumis à l'intoxication diphtérique. — MM. J. Mollard et Cl. Regaud publient à titre de documents les observations d'un lapin et d'un cobaye intoxiqués avec la toxine diphtérique, ayant survécu, le premier 5 mois, le deuxième 20 mois, à l'autopsie desquels l'aorte fut trouvée très athéromateuse. Bien que l'origine toxi-infectieuse de cet athérome soit probable, les auteurs font des réserves au sujet de l'interprétation des causes de la lésion artérielle

De la main succulente dans la syringomyélie. — M. G. Marinesco. J'ai l'honneur de présenter à la Société plusieurs malades, ce qui permettra d'une part de justifier la création de la main succulente syringomyélique que j'ai introduite dans la sémiologie du système nerveux, d'autre part de différencier ce type des états plus ou moins analogues.

Voici un premier malade, âgé de 60 ans, qui présente les trois caractères qui constituent le type complet tel que je l'ai décrit de la main succulente : 1° la face dorsale de la main est tuméfiée, tuméfaction dure qui fait disparaître les détails normaux de cette face ; les doigts sont en forme de fuseau 2° La peau est lisse et luisante, comme collée à l'os au niveau des dernières phalanges, les plis articulaires sont effacés. La face palmaire de la main est atrophiée. 3° *Les mains sont en extension sur le poignet.*

On a voulu faire rentrer dans le type de la main succulente syringomyélique certains types qui s'en rapprochent par quelques traits et qui en diffèrent par d'autres caractères. Ainsi MM. Gilbert et Garnier, ne considérant que les caractères de la face dorsale de la main que j'ai décrite, ont observé la main succulente dans une observation d'hémiplégie. Cependant leur cas diffère de mes observations ainsi du reste qu'ils l'ont reconnu eux-mêmes, par l'absence de toute atrophie musculaire et surtout par l'attitude. Pour mettre en relief ces différences, je présente ici un malade atteint d'hémiplégie avec tuméfaction de la face dorsale de la main malade et dont la main diffère essentiellement du type de la main succulente syringomyélique. M. Déjerine a rapporté l'observation de 3 malades atteints de poliomyélite chronique chez lesquels il prétend avoir vu le type de la main succulente : main potelée, tuméfaction de la face dorsale, doigts fusiformes, symptômes associés à une atrophie musculaire du type Aran-Duchenne. Plus récemment encore, M. Mirallié croit avoir observé la main succulente dans un cas de myopathie du type facio-scapulo-huméral. Malgré les ressemblances que ces auteurs peuvent avoir retrouvées entre leurs observations et les miennes, il existe cependant des différences très sensibles.

Dans l'observation de M. Déjerine, l'état sclérodermique de la peau des doigts n'est pas indiqué. Ensuite, dans aucune des observations de ces auteurs il n'est fait mention de l'attitude des doigts et des poignets, ce qui revient à dire que, malgré les apparences qui existent entre l'aspect succulent de la main syringomyélique et ce qu'ont décrit ces auteurs, leurs observations s'éloignent du type que j'ai décrit. En ce qui concerne l'opinion de M. Déjerine qui dépendre le trouble trophique et vaso-moteur de la m succulente de la portion ballante des mains, elle n'est du tout acceptable. Des recherches expérimentales et pat logiques ont démontré que pour la production des troub que je viens de décrire, il ne suffit pas d'un trouble mé nique de circulation, mais la condition indispensable l'existence de troubles dans l'*innervation* vaso-motrice.

Il y a des faits d'ordre positif et d'ordre négatif qui con disent l'opinion de l'auteur que je viens de citer. En eff d'une part, il est facile de constater sur ce malade qu vous présente, dont les bras sont depuis trente ans d l'attitude ballante, qu'il ne présente pas de troubles va moteurs et d'autre part qu'il peut y avoir comme dans cas de Remak, Gilbert et Garnier, un œdème dur, *sans at phie musculaire et sans paralysie des membres supérieurs*

Il résulte de cette exposition que le type de main suc lente, tel que je l'ai décrit, appartient bien en propre à syringomyélie, et le mécanisme de sa production rés dans un trouble d'innervation vaso-motrice qui dans l pèce à son siège dans la moelle.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 juillet 1897. — Présidence de M. E. Delis

Hystérectomie abdominale totale. — M. Segond. question qu'a soulevée M. Richelot doit se diviser en d points. L'hystérectomie abdominale totale pour suppu tion pelvienne qui est digne d'une discussion spéciale l'examen opératoire de l'hystérectomie abdominale p fibrôme ou suppuration. C'est de ces deux points seuls je veux parler.

Je ne puis comprendre comment il peut exister un s procédé opératoire pour tous les fibrômes ou toutes les s purations pelviennes.

Malgré les qualités du procédé qu'il a décrit, il est p mis de se demander quels sont les meilleures moyens l'on a préconisés. Et je ne voudrais pas énumérer tou qui a été fait pour faire progresser cette technique ope toire.

Je voudrais rappeler qu'en 1895 Howard Kelly a donné une technique qui me paraît résumer tout ce q été accompli de progrès dans l'hystérectomie abdomin

C'est l'ablation de l'utérus en suivant le bord latéral l'utérus, en liant successivement l'utéro-ovarienne p l'inférieure et en renversant de gauche à droite l'utérus, p en faisant la section de bas en haut du ligament la opposé.

Après avoir envisagé la technique générale je dirai : s cul-de-sac apparaît nettement dans un cas de gros fibr employez la méthode de Doyen. S'il y a quelque gêne, q que tumeur latérale ou postérieure, c'est au procédé a ricain qu'il faut recourir.

Quant aux suppurations pelviennes, je pense que aussi le procédé américain qu'il faut leur opposer.

M. Hartmann dit qu'il a fait 18 hystérectomies abdo nale.

M. Schwartz. Jusqu'à il y a six mois, j'ai toujours sui procédé progressif. Depuis j'ai fait le procédé améri dans 4 cas. L'opération se fait avec la plus grande faci

.e procédé de Richelot peut rendre de grands services, is il ne peut être regardé comme une méthode générale .e procédé américain tient une grande place dans la hnique de l'hystérectomie.

4. Pozzi. Les vaisseaux de l'utérus se rétractent et on .t enlever un utérus tout entier sans qu'il soit néces- re de faire une ligature. Pour cela il faut raser l'utérus, cela n'est pas permis avec le procédé de Richelot. C'est c le procédé de Doyen et le procédé américain que l'on .ut y arriver.

Je suis comme M. Segond, je pense que le drainage donne e sécurité beaucoup plus grande

Blessure du nerf radial. Suture du nerf radial. Gué- .on. — Présentation du malade par M. Nimier.

Ostéome de l'orbite. Ablation. — Présentation du ma- le et de la tumeur par M. Nélaton.

F. Verchère.

MEMENTO PRATIQUE

Traitement de l'ozène. — Avant tout il importe de débarrasser les fosses nasales des croûtes qui les encom- rent, avec le porte-ouate garni et imprégné de glycérine réniquée légère.

Puis, la rhinite atrophique reconnue, la conduite à tenir ra différente suivant que le malade veut simplement se débarrasser des productions ozénateuses dont l'odeur est supportable, ou suivant qu'il désire entreprendre un traitement régulier et prolongé qui amènera la guérison ans la mesure du possible.

Dans le premier cas, le traitement palliatif se formule insi :

1° Irrigation nasale quotidienne d'eau tiède légèrement lcalinisée, suivie d'une seconde irrigation d'un litre d'eau ouillie tiède dans lequel on mettra une cuillerée à soupe .e :

Acide phénique floconneux...	25 grammes.
Glycérine neutre.....	100 —
Eau.....	400 —

L'acide phénique peut être remplacé par une même dose le sozoïodol, de phénosalyl, de chloral, et il est bon d'ajou- er un peu de vinaigre aromatique qui combat la fétidité les produits ozénateux.

2° Pulvérisation huileuse suivant l'irrigation, avec :

Menthol.....	1 gramme.
Eucalyptol.....	0 gr. 10
Huile de vaseline.....	60 grammes.

Dans le second cas, le traitement curatif est le suivant :

On prescrira des douches nasales, simplement à l'eau salée. Puis, d'abord tous les deux jours, pendant quinze jours, ensuite deux fois par semaine, pendant un mois; enfin, de loin en loin, suivant le résultat obtenu, le médecin pratiquera un massage de la muqueuse nasale avec le porte-ouate imprégné de glycérine phéniquée au quinzième ou même au dixième. Après le massage il fera un lavage nasal et rétro-nasal, pour enlever les sécrétions, lequel lavage sera suivi d'une pulvérisation avec une solution de nitrate d'argent de 5 à 25 p. 100, suivant les cas. Enfin, il terminera par une dernière irrigation alcaline, pour enlever l'excès de nitrate, et il lavera les ailes du nez et la lèvre supérieure avec une solution iodurée, pour empêcher les taches noires que pourrait laisser la solution de nitrate d'argent.

Ce traitement doit être renouvelé deux à trois fois chaque année, pendant plusieurs années consécutives : ce n'est qu'avec cette persévérance que l'on pourra obtenir des guérisons.

Enfin, l'on n'oubliera pas d'associer au traitement local le traitement général, suivant l'état constitutionnel de chaque malade (*Presse médicale*, 1897, n° 45).

Contre les pustules d'acné. — Von Hebra et Ullmann préconisent les applications d'un onguent dont voici la formule :

Rec. Sous-nitrate de bismuth.....	}	
Précipité blanc.....	}	âà 2 gram.
Ichthyol.....		20 —
Vaseline.....		

M. S. A. — Pour l'usage externe (*Centralblatt für die gesammte Therapie*, 1897, fasc. 5).

Préparation contre les morsures des punaises, des puces ou des cousins (Brocq et Jacquet).

Huile de camomille camphrée.....	100 grammes
Baume styrax.....	20 —
Essence de menthe.....	5 —
Ou :	
Huile d'olive.....	20 —
Onguent de styrax.....	25 —
Baume du Pérou.....	5 —
Ou encore :	
Naphtol β..... 5 à	10 grammes
Ether.....	q. s. pour dis.
Menthol..... 25 centigr. à	1 gramme
Vaseline.....	100 grammes

(*Rev. int. de thér. et pharm.*).

Traitement simple de l'hydrocèle par les injections iodées, précédées d'une anesthésie de la vaginale à l'antipyrine. — La cure radicale de l'hydrocèle a constitué un progrès sérieux dans le traitement de cette affection; il est certain que, par ce procédé opératoire, on évite à coup sûr la récidive, puisque les lésions causales sont visibles et supprimées. Cependant beaucoup d'hydrocèles guérisent par le traitement ordinaire, et la cure radicale n'est indiquée, d'une façon absolue, que lorsque la ponction et l'injection ont échoué, ou qu'on se trouve en présence d'une pachy-vaginalite d'emblée, ce qui est rare.

M. Pousson, à ce sujet, attire l'attention sur un procédé simple qui lui est propre, qui réduit au minimum la douleur et qui nous paraît en tous points recommandable. Il supprime d'abord à peu près, par une pulvérisation, très limitée, au chloréthyle, la sensation peu pénible de piqûre des téguments, puis, pour supprimer celle beaucoup plus douloureuse qui résulte du contact de la teinture d'iode avec les parois de la vaginale, il a recours à l'anesthésie due à l'injection d'une solution d'antipyrine à 2 ou 3 p. 100, évitant ainsi les dangers qui peuvent résulter de l'emploi de la cocaïne.

Voici d'ailleurs le procédé opératoire : 1° lavages du scrotum au savon au sublimé, et anesthésie des téguments à l'aide du chloréthyle, dont le jet est dirigé à travers le trou d'une plaquette de coton; 2° ponction de la vaginale; 3° le liquide évacué, introduction, non avec la seringue, mais avec un entonnoir, selon le procédé de Guyon, d'autant de la solution d'antipyrine qu'il peut en pénétrer; on

laisse la solution en contact avec la vaginale pendant cinq minutes ; 4° injection de teinture d'iode pure ou aqueuse, avec l'entonnoir, et après malaxation du scrotum, évacuation ; 5° le trocart retiré, s'abstenir du collodion, souvent douloureux, et irritant ; froisser simplement les enveloppes du scrotum au niveau de la piqûre et appliquer un bandage ouaté, méthodiquement comprimé et fortement appliqué sur la face interne de la cuisse.

La plupart des malades ainsi traités n'ont éprouvé aucune douleur, ou seulement une sensation de courte durée, et la réaction opératoire a été insignifiante. (*Journal des praticiens*).

Traitement des tranchées utérines. — Le Dr Audebert, chef de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Bordeaux, a exposé ainsi ce point de thérapeutique :

Les tranchées utérines ou contractions utérines douloureuses et intermittentes des nouvelles accouchées reconnaissent deux ordres de causes :

Des *causes réflexes* (excitations de l'appareil génital ou mammaire).

Des *causes mécaniques* (réplétion de la vessie ou du rectum ; présence dans l'utérus d'un débris placentaire, d'un caillot, etc., etc.).

De cette double notion pathogénique, découle le traitement des tranchées utérines qui peut être résumé de la façon suivante :

1° Vider la vessie (par le cathétérisme si besoin) et le rectum (par un lavement évacuateur)

2° Laudanum .. .. 15 gouttes.
Eau bouillie ..... 40 grammes.

Pour un lavement à garder.

Ou bien :

Antipyrine..... 3 gram.
Sirop de bromure de potassium..... 30 —
Hydrolat de feuilles d'oranger..... 60 —

à prendre par cuillerées à soupe, une toutes les trois heures.

Ou bien :

Extrait fluide de viburnum prunifolium..... } âà 15 gr.
— — d'hydrastis canadensis..... }

20 gouttes toutes les deux heures dans une boisson chaude.

3° Pratiquer l'expression utérine dans l'intervalle des coliques.

4° Injections vaginales à 45°.

5° Si ces deux derniers moyens n'amènent pas la déplétion de l'utérus, faire des injections utérines à basse pression et avec prudence, mais en dernier ressort seulement. (*Gazette hebdomadaire*, n° 44, 3 juin 1897).

Un traitement spécifique du diabète insipide. — Ce traitement, préconisé par M. Benedikt, de Vienne, consiste dans l'administration interne du seigle ergoté : 3 grammes divisés en quinze prises, à prendre en cinq jours. A vrai dire Bénedikt ne trouve encore à citer que 2 cas où ce traitement a été expérimenté avec succès.

Reste à savoir si l'efficacité du seigle ergoté se manifeste dans tous les cas de diabète insipide (*Deutsche medicin. Wochenschrift*, 1897, n° 27 et *Rev. int. de thér. et pharm.*)

Un nouveau traitement du lupus érythémateux. — M. J. Schütz avait remarqué que dans maints cas de dermatose, des applications d'une solution arsenicale faible provoquaient des dermites violentes. S'inspirant de ce fait d'observation, il a badigeonné des plaques de lupus érythémateux avec la solution suivante :

Rec. Solution de Fowler ..... 4 grammes
Eau distillée..... ..... 20 à 30 —
Chloroforme..... II gouttes.

M. — Agiter avant de s'en servir.

Après quatre, cinq ou six applications quotidiennes de cette solution, il a vu survenir une légère inflammation locale, qui mettait au plus une huitaine de jours à se dissiper. Il répétait ensuite les badigeonnages, qui étaient de mieux en mieux supportés. Après dix à onze semaines de traitement, la guérison était obtenue.

L'auteur s'est attaché à donner une explication théorique de l'efficacité de ce nouveau procédé de traitement (*Archiv für Dermatologie und Syphilis*, T. XXXVIII fasc. 1 et *Rev. int. de thérap. et pharm.*)

VARIÉTÉS

La Faculté de médecine et les étudiants étranger

par M. G.-M. Debove, prof. à la Faculté de médecine.

Dans la séance du jeudi 8 juillet, le Conseil des professeurs de la Faculté de médecine a discuté les conclusions du rapport d'une Commission « chargée d'examiner la proposition de M. Debove demandant l'admission des étudiants étrangers à la Faculté de médecine de Paris. La Commission concluait à l'admission. Un long débat qu'il ne nous appartient pas de rapporter s'est engagé et les conclusions de la Commission ayant été admises par 13 voix et rejetées par 13 autres, il a été décidé qu'on discuterait de nouveau après les vacances, c'est-à-dire au mois de novembre.

Deux jours plus tard, le Conseil municipal émettait, à l'unanimité, le vœu que les étudiants étrangers fussent admis à la Faculté de Paris.

Dans ces circonstances, il nous paraît intéressant de résumer brièvement l'état actuel des choses afin de contribuer à éclairer l'opinion publique.

Il y a un an nous aurions été embarrassés pour traiter la question des médecins étrangers. Beaucoup d'entre eux venaient chez nous, non pour s'instruire, mais pour acquérir le droit d'exercer la médecine et nous avons subi une véritable invasion d'étrangers comblés des faveurs administratives ; on les exemptait du diplôme de bachelier en considérant comme équivalent des diplômes de valeur douteuse. Pendant leurs études, ils n'avaient pas à s'inquiéter du service militaire qui pèse si lourdement sur nos concitoyens.

La situation s'est améliorée, désormais les étrangers qui voudront exercer en France devront subir les mêmes épreuves que nos nationaux et, notamment, commencer par se faire recevoir bachelier. Nous dirons que la situation s'est seulement améliorée parce que la non-obligation du service militaire constitue toujours pour les étrangers un avantage considérable.

Mais les réserves qu'on peut faire pour les étrangers venus ici pour exercer la médecine dans des conditions réellement trop faciles ne peuvent s'appliquer à ceux qui

nent pour s'instruire et qui veulent, une fois munis de diplômes, retourner exercer dans leur pays d'origine. t pour eux qu'on a fort sagement créé le *diplôme uni-itaire*. Ces diplômés n'auront le droit d'exercer la mé-ne ni en France, ni dans les colonies françaises, ils ne rront dans aucun cas changer leur diplôme contre un e. Ils seront docteurs en médecine de l'Université de is, de Lyon, de Bordeaux, etc...

our nous, qui connaissons la prospérité des Universi-françaises, ces diplômes sont équivalents, ils ne le sont pour ceux qui les sollicitent, ils veulent le diplôme de is. Or, avec les règlements récemment édictés, la plu-t d'entre eux ne pourront s'inscrire que dans les Uni-sités de province. Ils se laisseront difficilement per-der et ils s'achemineront (il est plus exact de dire ils heminent) vers les Universités de Berlin, de Vienne, Londres, qui, plus libérales, les accueillent à bras ou-ts et font patriotiquement une vaste publicité à nos rè-ments restrictifs.

Cette façon d'agir vis-à-vis des étudiants étrangers a nécessitée, dit-on, par l'encombrement de la Faculté compte 5.000 étudiants. Le matériel des exercices pra-ues (notamment les sujets nécessaires aux études ana-niques) est devenu insuffisant et l'on s'est cru obligé de erver à nos nationaux seuls toutes les places disponibles s les laboratoires et dans les amphithéâtres de dissec-n.

On a cependant continué à admettre dans notre Faculté étrangers déjà docteurs de leur pays ou les étudiants avaient terminé leur scolarité soit dans leur pays, soit s une Faculté française, parce qu'ils n'ont plus à faire xercices pratiques. La question se borne donc à savoir les candidats au diplôme universitaire pourront dès le ût de leurs études médicales solliciter le diplôme de ris.

Il nous semble qu'il n'y a là nulle impossibilité. La Fa-lté de médecine est encombrée, mais elle n'a pas le mo-pole des laboratoires de chimie, physique, physiolo-, etc..., il n'y a d'objection que pour les travaux anato-ques, mais ici l'obstacle n'est pas absolu. La Ville de ris, toujours libérale, permet aux étrangers de devenir, r le concours, élèves des hôpitaux et leur ouvre alors les phithéâtres de dissection de Clamart.

Nous ne pouvons nous empêcher de remarquer que tre administration a été pleine de bénignité pour les rangers tant qu'ils ont pu faire à nos nationaux une con-rrence... trop facile et qu'elle s'est armée contre eux une sévérité extrême dès qu'ils ne pouvaient plus nuire nos confrères (qui exercent déjà dans des circonstances pénibles) et dès qu'ils ne pouvaient plus nous rapporter l'honneur et profit.

Il nous semble qu'on a déjà porté un tort grave à notre niversité et qu'il n'est que temps de le réparer. Le bruit est déjà trop répandu (et il a été largement propagé par les niversités rivales) que notre Université de Paris avait re-oncé à ses traditions et avait cessé d'être hospitalière ux étrangers. On ne saurait cependant les trop bien ac-ueillir. Après avoir vécu de notre vie pendant plusieurs nnées, ils retournent dans leur pays, ils y transportent otre langue, notre civilisation, continuent à entretenir vec nous des relations scientifiques et amicales et, se rap-elant qu'ils ont passé en France une partie de leur jeu-nesse, ils aiment notre patrie, s'intéressent à sa prospé-rité et contribuent indirectement à sa grandeur.

(*Méd. mod.*)

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Médecin. Usurpation de fausses qualités ou récompenses. Attribution frauduleuse des titres d'externe, d'interne.

Un de nos correspondants nous adresse la lettre suivante :

« Dans la localité où j'exerce vient de s'établir un confrère qui, dans ses lettres, fait suivre son nom de mentions diverses : tantôt ancien externe des hôpitaux, tantôt ancien interne, tantôt encore lauréat de plusieurs sociétés savantes.

« La plaque mise à sa porte indique simplement :

« Docteur X..., consultations de telle heure à telle heure, sans aucune mention d'externat, d'internat ou de lauriers.

« Mais, dans de nombreuses lettres qui m'ont été communiquées, adressées notamment à ma clientèle, le confrère en question s'attribue ces qualités que j'ai tout lieu de supposer inexactes. De plus, il a fait tambouriner par le crieur public cette annonce : le Dr X..., de la Faculté de médecine de..., ancien externe des hôpitaux, lauréat de plusieurs sociétés savantes, à l'honneur d'informer les habitants que...

« Je vous serais reconnaissant de me donner votre avis sur ces trois questions :

« 1° Comment s'assurer si le susdit confrère est réellement ancien externe ou interne des hôpitaux, ou lauréat des sociétés savantes ?

« 2° L'usurpation de ces titres ou récompenses peut-elle être poursuivie ?

« 3e Qu'elle est la procédure à suivre ?

« Agréez, etc. »

La loi du 30 novembre 1832 (articles 9 et 10) oblige tout docteur en médecine, dans le mois qui suit son établissement, à faire enregistrer son titre à la préfecture ou sous-préfecture et au greffe du tribunal civil de l'arrondissement. Chaque année, dans les départements, il est dressé une liste portant les noms et prénoms, la résidence, *la date* et *la provenance du diplôme* des médecins.

En consultant les mentions du dépôt qui a dû être effectué à la préfecture ou au greffe du tribunal, notre correspondant pourra connaître la date et la provenance du diplôme de son confrère ; avec ces renseignements, il lui sera facile, nous semble-t-il, de savoir si ce confrère a jamais été *externe* ou *interne des hôpitaux*.

Quant à la mention de *lauréat de plusieurs sociétés savantes*, il est plus difficile d'en constater l'inexactitude : il existe beaucoup de sociétés savantes, dont on peut se dire lauréat, et la personne en question restant dans une généralité très vague, peut-être très prudente, nous ne voyons pas la possibilité de prouver que les *lauriers* n'existent pas.

Cette usurpation des titres d'*externe*, ou *interne*, de *lauréat*, si elle est démontrée, peut-elle donner lieu à poursuites ?

Une loi du 30 avril 1886 paraîtrait, par la généralité de ses termes, s'appliquer, tout, au moins, à la mention de *lauréat de sociétés savantes*.

Voici les principaux articles de cette loi :

« Article 1er. — L'usage de médailles, diplômes, mentions, récompenses, ou distinctions honorifiques quelconques, décernés dans des expositions ou concours, soit à l'étranger, n'est permis qu'à ceux qui les ont obtenus personnellement et à la maison de commerce en considération de laquelle ils ont été décernés.

« Celui qui s'en sert doit faire connaître leur date et leur nature, l'exposition ou le concours où ils ont été obtenus et l'objet récompensé. »

« Art. 2. — Seront punis d'une amende de 50 à 6.000 fr. et d'un emprisonnement de trois mois à deux ans, ou de l'une de ces deux peines seulement : 1° ceux qui, sans droit et frauduleusement, se sont attribué *publiquement* les récompenses, distinctions, mentionnées à l'article précédent; 2° et 3° ceux qui les auront indiquées mensongèrement sur leurs enseignes, annonces, prospectus, factures, lettres ou papiers de commerce. »

Art. 3. — *Seront punis des mêmes peines ceux qui, sans droit et frauduleusement, se seront prévalus publiquement de récompenses, distinctions, ou approbations accordées par des corps savants ou des sociétés scientifiques.*

A la simple lecture de cet article 3, on serait tenté de décider, sans hésitation, que la loi s'applique au *médecin* qui se dit *sans droit lauréat* de plusieurs sociétés savantes (à notre avis, l'usurpation du titre d'*externe* ou *interne* ne saurait rentrer dans les cas prévus par cet article : car l'internat ou l'externat ne constitue pas une récompense, une distinction accordée par une Société savante : ce n'est qu'un *emploi*, conquis par voie de concours, il est vrai ; il en est tout autrement du titre de *lauréat*).

Mais il ne suffit pas de lire attentivement ces articles ; il faut encore examiner dans quelles conditions cette loi du 30 avril 1886 a été votée ; d'abord, son titre semble lui donner une application beaucoup plus restreinte, cette loi s'appelle : *Loi sur l'usurpation des médailles et récompenses industrielles.*

D'autre part, dans les rapports qui en ont précédé la discussion même, il n'est question que des *négociants*, des *industriels*, qui, pour faire valoir leurs maisons, leurs produits, s'attribuent frauduleusement des médailles, des distinctions qu'ils n'ont jamais obtenues.

On pourrait donc soutenir que cette loi s'applique exclusivement aux commerçants ou industriels, non aux médecins qui ne sont ni commerçants ni industriels.

Telle n'est pas notre opinion : et nous nous appuyons tant sur le texte même de la loi que sur des raisons de morale et d'équité.

Dans aucun de ces articles, la loi de 1886 ne parle des commerçants ou industriels; elle se sert, à bon escient, je suppose, d'expressions beaucoup plus générales : « l'usage n'est permis qu'à *ceux qui...*, *celui qui...*, seront punis *ceux qui...*, etc , etc.

Ce que la loi a voulu, c'est réprimer *pénalement* l'abus qui peut être fait de ces usurpations de diplômes ou médailles et la concurrence déloyale qui en résulte. Si le commerçant, si l'industriel commet un acte punissable en se prévalant de distinctions qui ne lui appartiennent pas, pourquoi cet acte ne serait-il pas punissable quand il émane d'un médecin? Le commerçant cherche à vend son produit à l'encontre de ceux de ses concurrents; médecin, qui se targue de fausses récompenses, veut att rer à lui une clientèle qui ne lui viendrait peut-être p sans cette usurpation?

Au point de vue moral, quelle différence faire entre eu Nous sommes donc convaincus que la loi du 30 avril 188 art. 3, devrait être appliquée au médecin.

Cet article 3 exige que l'usurpation soit *publique*; c simples lettres adressées à un certain nombre de perso nes ne constituent pas la publicité; mais l'inscription « lauréat » sur la plaque à la porte du domicile, son inse tion dans les annonces, son *tambourinage* sur la voie pu blique, sont des éléments plus que suffisants pour établ la contravention à la loi.

Si notre correspondant préférait ne pas recourir à la l de 1886, il pourrait encore agir contre son confrère c l'assignant devant le tribunal civil pour concurrence dé loyale, et en lui réclamant non seulement des dommage intérêts, mais encore l'insertion du jugement dans les jou naux de la localité. La concurrence déloyale n'est pa douteuse : tous les auteurs qui ont traité cette questio sont d'accord pour déclarer qu'il faut voir une concurrenc déloyale dans le fait de prendre *faussement un titre*, un *qualité* quelconque pour attirer la confiance du public ainsi s'intituler faussement *externe* ou *interne* des hôpi taux constitue, sinon un délit, du moins un acte de co currence déloyale.

Notre correspondant peut donc suivre deux procédure différentes; ou bien par application de la loi de 1886, dé poser une plainte au procureur de la République, et si c magistrat ne croyait pas devoir donner suite à cette plaint agir par voie de citation directe devant le *tribunal correc tionnel* en réclamant des dommages-intérêts pour le pr judice à lui causé par les agissements délictueux de so confrère, ou bien assigner purement et simplement devan le tribunal civil pour concurrence déloyale, comme nou l'expliquons plus haut. (*Bull. méd.*)

NOUVELLES

Hôpitaux de Paris. — Le concours pour trois places d médecin vient de se terminer par la nomination d MM. Renon, Caussade et Claisse.

Légion d'honneur. — A l'occasion de la Fête national sont promus ou nommés dans l'ordre national de la Légio d'honneur :

Au grade de commandeur. — M. Cunéo, inspecteur gén ral du service de santé de la marine; M. Réech, médeci principal de 1re classe, directeur du service de santé d 10e corps d'armée.

Au grade d'officier. — MM. Oberlin, médecin princip de 1re classe à l'hôpital militaire Saint-Martin : Lebrevoi médecin principal de 2e classe, médecin chef des sall militaires de l'hospice mixte de Lunéville; Péborde, méd cin-major de 1re classe, au 57e régiment d'infanterie; C rette, médecin major de 1re classe aux hôpitaux militair de la division d'Oran : Amsler, pharmacien-major d 1re classe à l'hôpital militaire Saint-Martin à Paris; Vigno médecin-major de 1re classe aux hôpitaux militaires de

ion de Constantine ; Rocheblave, médecin-major de lasse au 2e régiment d'Algérie ; Courtot, pharmacien-or de 2e classe à la pharmacie centrale des hôpitaux taires ; Hyades, médecin en chef de la marine ; Richard, ecin principal de 1re classe, professeur à l'Ecole d'ap- ation du service de santé militaire ; Lande, médecin-or de 1re classe de l'armée territoriale, adjoint au maire Bordeaux.

u grade de chevalier. — MM. Thamin, Castagné, Legrand, nesnil, Bertrand, Mazet, Durand, Barbolain, médecins de classe de la marine, Sicile, médecin-major de 1re classe 101e régiment d'infanterie ; Gœbel, médecin-major de classe au 2e régiment étranger ; Legrand, médecin-major 1re classe au 94e régiment d'infanterie ; Darde, médecin-jor de 1re classe au 124e régiment d'infanterie ; Zimmer-nn, médecin-major de 1re classe au 44e régiment d'in-terie ; Béchard, médecin-major de 1re classe au 2e régi-nt du génie ; De Tastes, médecin-major de 1re classe au régiment d'infanterie ; Virolle, médecin-major de classe au 4e régiment d'infanterie ;

'arrieux, médecin-major de 1re classe au 17e régiment nfanterie ; Maupetit, médecin-major de 1re classe au régiment d'infanterie ; Triffaud, médecin-major de classe, médecin-chef des salles militaires de l'hospice xte de Tarbes ; Martin, médecin-major de 1re classe au régiment d'artillerie ; Larue, médecin-major de 1re classe a direction du service de santé du 6e corps d'armée ; Pa-y ; médecin-major de 2e classe à l'hôpital militaire d'Amé-les-Bains ; Piot, médecin-major de 2e classe au 6e régi-ent de cuirassiers ; Dumontier, médecin-major de classe au 74e regiment d'infanterie ; Rœser, pharmacien-ajor de 1re classe des hôpitaux militaires de la division occupation de Tunisie ; Jaudos, pharmacien-major de classe à la réserve de médicaments de Marseille ;

MM. Lamire, docteur-médecin à Mennecy (Seine-et-Oise), Didier-George, docteur-médecin à Bruyère (Vosges).

Distinctions universitaires. — Officiers de l'instruction ublique. Est nommé M. le Dr Emond, du Mont-Dore.

Récompenses honorifiques. — Une nouvelle série de ecompenses vient d'être accordée à des personnes « ayant it preuve de dévouement lors de la catastrophe du Bazar e la Charité de la rue Jean-Goujon. »

Une médaille d'or de 2e classe est donnée à M. le Dr Ré-amier, à Paris.

Faculté de médecine. — Un décret décide que les pro-rammes des concours pour les fonctions de chef des tra-aux anatomiques dans les facultés de médecine et les fa-ultés mixtes de médecine et de pharmacie sont fixés, our chaque faculté, par arrêtés ministériels rendus après vis de la commission de médecine du comité consultatif le l'enseignement public.

Par arrêté du ministre de l'instruction publique, le nom-ore des places d'agrégés de médecine mises au concours en 1897-98 est porté de 38 à 39. La nouvelle place sera com-prise dans la section de pathologie interne et médecine légale et réservée à la faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'université de Lyon.

Faculté de médecine de Lyon. — Le concours pour la place de chef de clinique chirurgicale s'est terminé par la nomination de M. Léon Bérard prosecteur.

Ecole de médecine d'Alger. — Il est créé une clinique (annexe) d'ophtalmologie, qui est confiée à M. le profes-seur Bruch jusqu'au jour où il pourra être organisé une clinique magistrale.

Ecole de médecine de Clermont-Ferrand. — M. le Dr Bide (Jean-Baptiste) est institué, pour neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale.

Ecole de médecine de Marseille. — M. Delanglade (Joseph-Jean-Baptiste-Edouard) est institué, pour neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale.

Comité consultatif d'hygiène publique de France. — Instruction prophylactique relative a l'ophtalmie des nouveaux-nés. — L'ophtalmie des nouveaux-nés est une maladie des yeux qui peut entraîner la perte complète de la vision et qui est très contagieuse : elle se montre en général du 1er au 10e jour après la naissance, se manifestant par de la rougeur de la conjonctive, du gonflement des paupières et une sécrétion qui, d'abord citrine et transparente, se transforme bientôt en un pus jaunâtre et abondant.

La déclaration de la maladie par les sages-femmes est obligatoire.

Le médecin doit être appelé immédiatement et surtout lorsque l'enfant ne peut entr'ouvrir les yeux.

En attendant l'avis du médecin, il convient de nettoyer chaque heure les yeux ou l'œil de l'enfant en se servant d'un linge propre et d'eau boriquée froide qui restent en permanence sur les yeux.

L'ophtalmie des nouveaux-nés est due au contact de l'œil de l'enfant avec le pus provenant des parties génitales de la mère au moment de l'accouchement. Aussi convient-il de surveiller avec soin la mère et de combattre cet écoulement, avant l'accouchement, par des injections antiseptiques.

Il existe un moyen préventif de l'ophtalmie des nouveaux-nés d'une efficacité à peu près certaine : ce moyen consiste dans l'instillation entre les paupières de deux gouttes d'une solution de nitrate d'argent à 2 p. 100 ou mieux, dans le lavage des yeux, aussitôt après la naissance, avec une solution contenant 5 gr. d'acide citrique pour 100 gr. d'eau.

Ces moyens ne seront pas appliqués d'une façon uniforme, mais on y aura recours lorsque la mère aura présenté un écoulement du côté des organes génitaux pendant les derniers mois de la grossesse, quand les enfants mis au monde antérieurement auront eu de l'ophtalmie ou quand il s'agira d'un enfant venu avant terme et que cet enfant sera chétif.

L'entourage sera prévenu de la nature contagieuse de l'ophtalmie des nouveaux-nés et du danger de transport du pus provenant de l'enfant atteint de l'ophtalmie.

Les linges salis par le pus doivent être détruits ou désinfectés. Signé : A. Proust, P. Brouardel.

Instruction prophylactique relative a la fièvre puerpérale. — *La condition fondamentale est de ne laisser arriver au contact des organes aucun germe infectieux.*

La sage-femme prendra les soins les plus complets de propreté ; elle prendra les mêmes précautions pour tous les instruments dont elle pourra avoir besoin.

La femme en travail doit être touchée le moins possible.

Tout médecin ou sage-femme soignant une femme atteinte de fièvre puerpérale doit s'abstenir absolument d'assister d'autres femmes en travail.

Les vêtements que le médecin et la sage-femme portaient pendant leur visite aux malades atteints de fièvre puerpérale devront être désinfectés et non pas seulement lavés.

Tout médecin ou sage-femme ayant une suppuration quelconque (écorchure, furoncle, panaris, onyxis, etc., etc.) devra s'abstenir d'assister une femme en travail avant guérison complète.

Les instruments devront être passés à l'eau bouillante ou trempés dans une solution antiseptique, ou mieux encore flambés.

Les objets de pansement dont on se sera servi seront détruits ou désinfectés.

Le lit et la chambre qui auront été occupés par une femme atteinte de fièvre puerpérale, ne pourront servir de nouveau qu'après une désinfection complète.

L'Académie de médecine a préconisé le sublimé comme désinfectant et indiqué les formules suivant lesquelles il devra être employé :

Formule A (*en paquets*)	Sublimé corrosif.....	25 centigrammes.
	Acide tartrique	1 gramme.
	Solution alcoolique de carmin d'indigo.....	1 goutte.

Ces paquets seront dissous dans un litre d'eau.

La même solution sera employée pour l'antisepsie des mains et des instruments.

Formule B (*en pommade*)	Vaseline au sublimé à un p. 1000.....	30 grammes.

Les pharmaciens sont autorisés à délivrer ces préparations sur la prescription des sages-femmes, en se conformant exclusivement aux formules ci-dessus (décret du 9 juillet 1890).

Signé : A. Proust, P. Brouardel.

Corps de santé militaire. — Par décret, en date du 24 juin 1897 ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de deuxième classe de réserve. — M. Michaud, médecin principal de deuxième classe de l'armée active, retraité.

Au grade de médecin principal de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. Charvot, médecin-principal de deuxième classe de l'armée active, retraité; Kopff, médecin-major de première classe de l'armée active, retraité.

Au grade de médecin-major de première classe de l'armée territoriale. — MM. Gigon et Durand, médecins-majors de première classe de l'armée active, retraités.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de réserve. — M. Saintin, médecin-major de deuxième classe de l'armée active, dont la démission a été acceptée.

Au grade de médecin aide-major de première classe de réserve. — MM. Maturie et Amat, médecins aides-majors de première classe dont les démissions ont été acceptées.

— Le général Gallieni a mis à l'ordre du jour du corps expéditionnaire de Madagascar les officiers des corps de santé de la guerre, de la marine et des colonies dont les noms suivent :

M. le médecin en chef des colonies Clavel, directeur du service de santé; MM. les médecins principaux des colonies Rançon et Mestayer; M. le médecin de première classe des colonies Levrier; MM. les médecins de première classe de la marine de Lespinois et Julien Laferrière; MM. les médecins-majors de deuxième classe Rocheblave et Beigneux; MM. les médecins de deuxième classe de la marine Bonnefoy et Michollet; M. le médecin aide-major de première classe Pichon.

Corps de santé des colonies. — Par décret, en date du 9 juillet 1897, M. Hénaff (François-René), médecin principal du corps de santé des colonies, a été promu au grade de médecin en chef de deuxième classe, en remplacement de M. le médecin en chef de deuxième classe Bastian, placé en non-activité pour infirmités temporaires.

Hôpitaux d'enfants. — Le Conseil municipal de Paris, sur le rapport de M. Lucipia, a approuvé les plans et devis concernant la construction de deux hôpitaux d'enfants, l'un, rue Michel-Bizot (XII[e] arrondissement), l'autre, rue Etex (XVIII[e] arrondissement). Ces deux hôpitaux, avec l'hôpital Hérold, transformé en hôpital d'enfants, sont destinés à remplacer l'hôpital Trousseau qui sera démoli.

Asiles d'aliénés. — Par arrêté ministériel en date du 30 juin 1897, M. le docteur Dubuisson (Paul-Emile), médecin en chef de l'asile public d'aliénés de Sainte-Anne, est élevé à la classe exceptionnelle du cadre à partir du 1[er] juillet 1897.

Il recevra, en conséquence, à dater de cette époque outre le logement, le chauffage et l'éclairage dans l'établissement, le traitement de 8.000 francs déterminé par le décret du 19 octobre 1894.

Un monument a Velpeau. — Dimanche, la petite commune de Bresche (Indre-et-Loire) a inauguré un monument élevé à la gloire d'un de ses enfants, Velpeau, qui y est né le 18 mai 1795. Son père était simple maréchal-ferrant.

Le monument élevé à Velpeau par ses concitoyens se compose d'une stèle ornée de palmes surmontée du buste en bronze du savant.

Le préfet d'Indre-et-Loire, les députés et les sénateurs du département, les professeurs de l'école de Tours assistaient à la cérémonie.

Mot de la fin. — A l'Institut Pasteur, au Pharo, un carabin facétieux a écrit sur les bocaux où sont les moelles destinées aux inoculations : Gomme a rabique.

(*Marseille médical.*)

Nécrologie. — Le Dr Cade, d'Avignon, reçu en 1846. — Le Dr Hantraye, de Saint-Hilaire du Harcouet (Manche), reçu en 1865. — Le Dr Lediberder, de Lorient, reçu en 1869. — Le Dr Lesur, de Lonny (Ardennes), reçu en 1860. — Le Dr Ravier, de Morteau (Doubs), reçu en 1867. — Le Dr Lalagut, de Grand-Fresnoy (Oise). — Le Dr Vigneron (Eug.), ancien interne des hôpitaux de Paris, chargé de cours à l'école de médecine de Marseille, décédé à l'âge de 37 ans. — M. Plonquet, médecin à Ay, décédé à l'âge de 73 ans.

LYMPHATISME, SCROFULE, RACHITISME : Fucoglycine Gressy.

CAPSULES DARTOIS 0,05 véritable CRÉOSOTE de HETRE
CATARRHES, PHTISIE, TUBERCULOSE, 3 ou 4 à chaque repas

SACCHAROLÉ de quinquina VIGIER, 1 cuillerée à café au repas.

Le Gérant : A. Chevallereau.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame, 52. — *Téléphone*